

การแปรงฟันกับการป้องกันฟันผุ

ทรงวุฒิ ตวงรัตน์พันธ์ *	ท.บ., ป.ร.ด. (สังคมศาสตร์การแพทย์)
สุวรรณี ตวงรัตน์พันธ์ *	ท.บ., ประกาศนียบัตรบัณฑิต, ส.ม.
ภาพิมล ชมภูอินท *	ท.บ., ประกาศนียบัตรบัณฑิต, MS.
วิศรา ศิริมหาราช *	ท.บ., ประกาศนียบัตรบัณฑิต, PhD.

การแปรงฟันเป็นมาตรการสำคัญ ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันฟันผุในฟันน้ำนม ร่วมกับมาตรการอื่น ๆ อันได้แก่ การสร้างความตระหนัก และปรับทัศนคติของผู้ปกครองต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสำหรับเด็กปฐมวัย การใช้ฟลูออไรด์และการใช้สารปิดหลุมร่องฟันเพื่อเพิ่มความแข็งแรงให้กับตัวฟัน อย่างไรก็ตามการแปรงฟันในเด็กปฐมวัย ก็ยังมีอีกหลายประเด็น ที่ควรค่าแก่การทำความเข้าใจให้ถ่องแท้ก่อนที่จะดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันฟันผุ

1. พฤติกรรมการแปรงฟันกับการเกิดฟันผุ

การแปรงฟันมีผลในการลดฟันผุในเด็กปฐมวัย เนื่องจากการแปรงฟันจะช่วยป้องกันการก่อตัวของเชื้อ อีกทั้งสามารถหยุดและชะลอการเกิดฟันผุในระยะเริ่มแรกได้⁽¹⁾ การศึกษาถึงความถี่ในการแปรงฟัน พบว่าการแปรงฟันบ่อย ๆ และการที่พ่อแม่มีส่วนช่วยในการแปรงฟัน จะสามารถลดการเกิดฟันผุในบริเวณผิวเรียบของฟันได้⁽²⁻⁶⁾ อย่างไรก็ตาม มีบางการศึกษาที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ในการแปรงฟันกับการเกิดฟันผุ⁽⁷⁻⁸⁾

สำหรับการศึกษาถึงอายุที่เริ่มต้นในการแปรงฟัน Chan และคณะ⁽⁹⁾ พบว่าการแปรงฟันตั้งแต่อายุน้อยจะสัมพันธ์กับการไม่เป็นโรคฟันผุอย่างมีนัยสำคัญ Wendt และคณะ (1994) พบว่า เด็กที่เริ่มแปรงฟันก่อนอายุ 1 ปี จะมีสภาวะปราศจากโรคฟันผุเมื่ออายุ 3 ปีสูงกว่าเด็กที่ไม่ได้แปรง และเด็กที่มีการแปรงฟันตั้งแต่อายุน้อย ๆ จะมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดต่อคนต่ำกว่าเด็กที่แปรงฟันเมื่ออายุมากอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Habibian และคณะ⁽¹⁰⁾ รายงานผลของการทำความสะอาดช่องปากต่อการตั้งถิ่นฐานของเชื้อไมโครออร์แกนิซึม พบว่า เด็กที่ได้รับการแปรงฟันในช่วงขวบปีแรกของชีวิต เมื่ออายุ 12 และ 18 เดือน มีโอกาสตรวจพบเชื้อในแผ่นคราบจุลินทรีย์น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่เริ่มแปรงฟันในขวบปีแรก นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาพบว่าเด็กที่มีโรคฟันผุ จะเริ่มแปรงฟันช้ากว่า และผู้ปกครองมีปัญหาในการแปรงฟันมากกว่าเด็กที่ไม่มีฟันผุ^(4,11) ขณะเดียวกันมีบางการศึกษาก็ไม่พบความสัมพันธ์ของอายุที่เด็กเริ่มแปรงฟันกับสภาวะโรคฟันผุ^(12,13)

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาความสัมพันธ์ของอนามัยช่องปากกับการเกิดฟันผุ โดย Wendt และ

* คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะพบว่าเด็กที่ตรวจพบแผ่นคราบจุลินทรีย์บนผิวฟัน ฟัน ในช่วงอายุ 1-2 ปี จะมีโอกาสเกิดฟันผุในอีก 1-2 ปีต่อมาได้สูง การศึกษาย้อนหลังเพื่อประเมินวิธีการต่าง ๆ ในการทำนายฟันผุ พบว่า การตรวจพบแผ่นคราบจุลินทรีย์บนฟันตัดหน้าบน สามารถทำนายการเกิดฟันผุเมื่อเด็กอายุ 36 เดือนได้อย่างแม่นยำถึงร้อยละ 91⁽¹⁴⁾

2. อุปกรณ์ และเทคนิคการแปรงฟัน

2.1 ยาสีฟัน

มีการศึกษาจำนวนมาก ที่แสดงให้เห็นผลของการควบคุมโรคฟันผุ ซึ่งมาจากการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ Stecksen-Blicks และ Holm⁽³⁾ ศึกษาแบบ cross-sectional studies ในประเทศสวีเดน ในช่วงปี 1967 ถึง 1992 ในเด็กอายุประมาณ 4 ปี พบว่ามีการลดลงของค่าฟันผุถาวร (ดัชนี) จาก 7.8 เป็น 1.8 ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา

2.2 แปรงสีฟัน

ชนิดของแปรงสีฟัน ก็อาจมีผลต่อประสิทธิภาพในการกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ และการก่อให้เกิดแผลบนผิวเหงือก ชูติมา ไตรรัตน์วรกุล และคณะ⁽¹⁵⁾ ศึกษาถึงประสิทธิภาพของการกำจัดคราบจุลินทรีย์ และผลต่อการเกิดแผลที่เหงือกของแปรงสีฟันเด็ก 14 ชนิด เด็กที่ร่วมการวิจัยได้รับการแปรงฟันด้วยวิธีสลับ โดยผู้วิจัยคนเดียวกันตลอดการศึกษาพบว่า แปรงสีฟันทั้ง 14 ชนิด มีประสิทธิภาพของการกำจัดคราบจุลินทรีย์และการก่อให้เกิดแผลที่เหงือก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ประสิทธิภาพในการกำจัดคราบจุลินทรีย์ของแปรงสีฟันแปรผันตามความยาวของขนแปรงรวมกับความหนาของตัวแปรง และขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของขนแปรง แต่แปรผกผันกับร้อยละของ ขนแปรงที่มีปลายมนกลม ส่วนจำนวนแผลบนผิว เหงือกแปรผันตาม

ความยาวของขนแปรงรวมกับความหนาของตัวแปรง พื้นที่หน้าตัดของหน้าแปรง แต่แปรผกผันกับขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของขน แปรง ยิ่งไปกว่านั้นพบว่าราคาของแปรงสีฟัน ไม่ได้เป็นเครื่องบ่งถึงคุณภาพ

ในเด็กพิเศษ เช่น เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา เด็กที่มีความบกพร่องในการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อแขนขา หรือในเด็กที่นอนรักษาตัวอยู่ใน intensive care การดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กเหล่านี้ ต้องอาศัยผู้ปกครอง ผู้ดูแล และพยาบาลเป็นหลัก ซึ่งพวกเขาต้องใช้ความพยายามและความอดทนอย่างมาก ในการที่จะแปรงฟัน และทำความสะอาดช่องปากให้กับเด็กพิเศษเหล่านี้ การใช้อุปกรณ์ช่วยเสริมแรง เช่น แปรงสีฟันไฟฟ้า หรือแปรงสีฟันอัตโนมัติ เป็นวิธีหนึ่งที่น่าจะช่วยให้การเข้าถึงการดูแลทำความสะอาดฟันของเด็กกลุ่มนี้ ให้เป็นไปได้ง่ายขึ้น และควบคุมได้ดีขึ้น จากการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการใช้แปรงสีฟันธรรมดาและการใช้แปรงสีฟันอัตโนมัติ ในการแปรงฟันเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก โดยผู้ปกครอง ผู้ดูแล หรือพยาบาล เป็นเวลา 20 - 30 สัปดาห์ พบว่าสุขภาพช่องปากของเด็กเหล่านี้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในช่วง 2 - 4 สัปดาห์แรก และไม่แตกต่างกันไม่ว่าจะแปรงฟันโดยใช้แปรงสีฟันธรรมดาหรือโดยใช้แปรงสีฟันอัตโนมัติ แต่การใช้แปรงสีฟันอัตโนมัติ ช่วยให้การดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กพิเศษนี้ ทำได้ดีกว่าการใช้แปรงสีฟันธรรมดา และผู้ปกครอง ผู้ดูแล พึงพอใจกับการใช้แปรงสีฟันอัตโนมัติ เพราะช่วยให้การแปรงฟันเด็กทำได้ง่ายขึ้น ไม่ทำให้เครียดในระหว่างที่พยายามทำความสะอาดฟันเด็ก⁽¹⁶⁾

2.3 อุปกรณ์อื่น ๆ ในการแปรงฟัน

การศึกษาในเด็กในเขตชนบทของซิมบับเว

พบว่า เด็กส่วนใหญ่ทำความสะอาดฟันด้วยกึ่งไม้ขัดฟัน ข้อมูลที่น่าสนใจคือ เด็กที่ใช้กึ่งไม้ขัดฟันมีฟันผุน้อยกว่าเด็กที่ใช้แปรงสีฟันและยาสีฟัน นอกจากนี้กึ่งไม้ขัดฟัน ยังมีสารที่มีลักษณะคล้าย tannin ซึ่งมีฤทธิ์ต้านจุลชีพด้วย อย่างไรก็ตาม มีรายงานว่าสารต้านจุลชีพในกึ่งไม้ขัดฟันไม่ได้มีผลใด ๆ เหนือกว่ายาสีฟันทั่วไปเลย⁽¹⁷⁾

3. เทคนิคการแปรง

Sangnes และคณะ⁽¹⁸⁾ รายงานว่าในเด็กก่อนวัยเรียน การแปรงสีฟันด้วยเทคนิค horizontal scrub ให้ผลดีกว่าการแปรงด้วย roll เทคนิค ในการทำความสะอาดด้าน buccal และ lingual ของฟัน แต่ประสิทธิภาพของสองเทคนิคไม่ต่างกันในการทำ ความสะอาดด้านประชิด ดังนั้น การใช้ไหมขัดฟันเพื่อทำความสะอาดด้านประชิดของฟันนั้นน่าจะมี เป็นเรื่องที่มีความสำคัญ

4. ประสิทธิภาพการแปรงสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุ

การแปรงฟันบ่อยๆ สามารถลดการเกิดฟันผุ ในบริเวณผิวเรียบของฟันได้^(2,4,5,6) อัตรามุ ถอน อุด เฉลี่ยของเด็กที่ผู้ปกครองทำความสะอาดฟันทุกวัน การศึกษาติดตามผลขององค์ประกอบแวดล้อม ต่อการเกิดฟันผุในเด็กกลุ่มหนึ่งตั้งแต่เป็นทารกและ ดูผลการเกิดฟันผุเมื่ออายุ 5 ปี พบว่าการแปรงฟัน บ่อย ๆ ตั้งแต่เล็กมีผลต่อการป้องกันฟันผุ⁽¹⁹⁾

การที่พ่อแม่มีส่วนช่วยในการแปรงฟัน สามารถลดการเกิดฟันผุในบริเวณผิวเรียบของฟัน ได้^(2,3,5,6) การศึกษาของรณนันท เพ็ชรวิจิตร⁽²⁰⁾ พบว่าเด็กที่แปรงฟันเองจะมีอัตรามุ ถอน อุด เป็น ด้าน สูงกว่าเด็กที่มีผู้ปกครองแปรงให้อย่างมีนัยสำคัญ Chan และคณะ⁽²⁰⁰²⁾ ศึกษาในเด็กก่อนวัยเรียน อายุเฉลี่ยประมาณ 20 เดือนในฮ่องกง พบว่าร้อยละ 42.3 ของเด็กที่มีฟันขึ้น⁽²¹⁾ ล้วนมีการแปรงฟัน

และร้อยละ 56 ของกลุ่มที่แปรงฟันนี้แปรงฟันด้วยตนเอง โดยไม่มีการควบคุมของผู้ใหญ่ Habibian ในปีค.ศ. 2001⁽²¹⁾ ศึกษาในเด็กอายุต่ำกว่า 18 เดือน พบว่า เด็กที่แปรงฟันเองจะมี plaque ที่สามารถมองเห็นได้มากกว่าเด็กที่ผู้ปกครองแปรงให้ อย่างไรก็ตาม Chan และคณะ⁽⁹⁾ ได้สรุปไว้ว่า ถึงแม้ว่าการแปรงฟันโดยเด็กเองโดยส่วนใหญ่จะไม่มีประสิทธิภาพ ก็ยังควรส่งเสริมให้เด็กแปรงฟันเอง แต่ทั้งนี้ควรอยู่ภายใต้ความช่วยเหลือของผู้ใหญ่

Pine และคณะ⁽²²⁾ (2000) ศึกษาแบบ Randomized controlled trial โดยให้กลุ่มทดลองแปรงฟันในวันที่มาโรงเรียนวันละ 2 ครั้ง ภายใต้การดูแลของผู้ปกครองและครู เป็นเวลา 2 ปี พบว่า ช่วยลดการเกิดฟันผุร้อยละ 16 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งแปรงฟันวันละ 1 ครั้ง หรือไม่ได้แปรงเลย การศึกษาของ Curnow และคณะ⁽²⁰⁰²⁾⁽²³⁾ ก็ได้ผลเช่นเดียวกัน เมื่อให้เด็กกลุ่มหนึ่ง อายุเฉลี่ย 5.3 ปี แปรงฟัน ด้วยยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ภายใต้การควบคุมที่โรงเรียนเป็นเวลา 2 ปี พบว่า สามารถลดการเกิดฟันผุในฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่งได้ถึงร้อยละ 56 และการศึกษาในโรงเรียนอนุบาลในประเทศจีนพบว่า การให้ทันตสุขศึกษาร่วมกับการแปรงฟันด้วยยาสีฟันฟลูออไรด์ทุกวัน ช่วยหยุดยั้งการลุกลามของฟันผุด้านประชิดถึงร้อยละ 45⁽²⁴⁾

5. อายุที่เด็กเริ่มแปรงฟัน

Chan และคณะ⁽⁹⁾ รายงานว่าเด็กส่วนใหญ่ในฮ่องกง (ร้อยละ 86) ได้รับการแปรงฟันก่อนอายุครบ 2 ปี รณนันท เพ็ชรวิจิตร⁽²⁰⁰⁴⁾ รายงานอายุเฉลี่ยที่เด็กไทยเริ่มได้รับการแปรงฟันคือ 14.28 ± 5.35 เดือน โดยไม่พบความแตกต่างของอายุเฉลี่ยที่เด็กไทยเริ่ม แปรงฟันระหว่างกลุ่มที่มีโรคฟันผุและกลุ่มที่ไม่มีโรคฟันผุ แต่กลุ่มไทยมุสลิม (15.03 ± 5.12 เดือน) จะเริ่มแปรงฟันช้ากว่ากลุ่มไทยพุทธ

(13.51 ± 5.49 เดือน) อย่างมีนัยสำคัญ

6. ยาไฮยาลูรอน

Adair และคณะ⁽²⁵⁾ รายงานผลการสำรวจในเด็กอายุ 31 ถึง 60 เดือน พบว่า เด็กจะแปรงฟันนานกว่าและใช้ยาสีฟันมากกว่า รวมถึงบ้วนน้ำและยาสีฟันทั้งน้อยกว่า ถ้ายาสีฟันนั้นเป็นยาสีฟันสำหรับเด็ก Franzman และคณะ⁽²⁶⁾ ศึกษาติดตามในเด็กก่อนวัยเรียน 6 ถึง 60 เดือน ในรัฐไอโอวาสหรัฐอเมริกาพบว่า ปริมาณยาสีฟันที่ใช้เพิ่มขึ้นในเด็กอายุ จาก 6 เดือน ถึง 60 เดือน พบว่า ร้อยละ 71 ของเด็กอายุ 60 เดือน ใช้ยาสีฟันประมาณ 0.5 กรัมต่อครั้งหรือมากกว่า ซึ่งถือว่าเป็นปริมาณที่ค่อนข้างมากกว่าปริมาณที่แนะนำ ($0.125-0.25$ กรัม) และเมื่ออายุประมาณ 2 ปี เด็กส่วนใหญ่แปรงฟัน โดยใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ นอกจากนี้พวกเขายังสรุปไว้ด้วยว่าถ้าเด็กเป็นลูกคนแรกในครอบครัวแล้วมีความเป็นไปได้สูงที่เด็กจะใช้ยาสีฟันของผู้ใหญ่ นอกจากนี้ยังพบว่าในครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ จะมีเด็กใช้ยาสีฟันผู้ใหญ่ในจำนวนที่สูงกว่า วรานูช จิตประไพ และคณะ รายงานการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาสีฟันและการแปรงฟันในเด็กไทย อายุ 1-7 ปี จำนวน 2,750 คน พบว่า ร้อยละ 79.2 เริ่มใช้ยาสีฟันเมื่ออายุ 2 ปีหรือต่ำกว่า เด็กที่ใช้ยาสีฟัน ร้อยละ 79.2 เป็นยาสีฟันผสมฟลูออไรด์⁽²⁷⁾ การศึกษาในเด็กอายุ 3-6 ปี ของวิกุล วิศาลเสสธัย ยังพบว่าเด็กร้อยละ 55.0 กลืนยาสีฟัน ปริมาณยาสีฟันที่กลืนเฉลี่ยร้อยละ 29.7 ของปริมาณยาสีฟันที่ใช้ตามน้ำหนัก⁽²⁸⁾

7. ความถี่และช่วงเวลาการแปรงฟัน

มีข้อมูลที่หลากหลายในเรื่องความถี่ในการแปรงฟัน Bruun⁽²⁹⁾ ทำการศึกษาในเด็กชาวเดนมาร์ก อายุ 3 ปี พบว่ามีการแปรงฟันโดยเฉลี่ย 2 ครั้งต่อวัน ซึ่งสอดคล้องกับ Bentley⁽³⁰⁾ ที่ศึกษา

ในเด็กอังกฤษกลุ่มอายุ 11 ถึง 54 เดือน ซึ่งมีผู้ปกครองเป็นผู้ช่วยแปรงฟันให้พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81) แปรง 2 ครั้งต่อวัน ในทางตรงกันข้าม การศึกษาติดตามในเด็กวัยก่อนเรียน 6 ถึง 60 เดือนของ Franzman และคณะ⁽²⁶⁾ (2004) พบว่าเมื่ออายุประมาณ 2 ปี เพียงแค่ร้อยละ 40 ของเด็กเท่านั้นที่แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Chan และคณะ⁽⁹⁾ (2002) ในเด็กฮ่องกงที่พบว่าในกลุ่มเด็กที่แปรงฟันนั้น ร้อยละ 34 แปรงฟันไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 44 แปรงฟันวันละ 1 ครั้ง และเพียงร้อยละ 19 ที่แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง ในประเทศไทย ธนินันท์ เพ็ชรวิจิตร (2004) รายงานความถี่ในการแปรงฟันของเด็กว่า ร้อยละ 49.6 แปรงฟันทุกวัน การแปรงฟันทุกวันหรือไม่ของเด็กจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุ โดยในกลุ่มเด็กที่ไม่มีโรคฟันผุมีการแปรงฟันทุกวัน ร้อยละ 67.9 ส่วนกลุ่มที่มีโรคฟันผุมีการแปรงฟันทุกวันเพียงร้อยละ 41.6 อัตรากุณ อุด ของเด็กที่แปรงฟันทุกวันคือ 6.36 ± 8.81 ด้านต่อคน ต่ำกว่ากลุ่มเด็กที่ไม่ได้แปรงฟันทุกวันคือ 11.87 ± 11.80 ด้านต่อคน ในกลุ่มเด็กที่แปรงฟันทุกวันนี้ มีการแปรงฟันเฉลี่ยวันละ 1.90 ± 0.55 ครั้ง โดยในกลุ่มที่ไม่มีโรคฟันผุจะมีการแปรงฟันเฉลี่ยต่อวันมากกว่ากลุ่มที่มีโรคฟันผุอย่างมีนัยสำคัญ

8. ปัจจัยส่วนบุคคลกับการแปรงฟัน

Adair และคณะ⁽³¹⁾ ได้สำรวจและศึกษาความสัมพันธ์ของทัศนคติของผู้ปกครอง ต่อการแปรงฟันให้ลูกหรือให้ลูกแปรงฟัน 2 ครั้ง/วัน และการควบคุมการรับประทานอาหารหวานจากกลุ่มตัวอย่าง 17 ประเทศ พบว่าทัศนคติของผู้ปกครองต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมปลาย กับกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ทัศนคติของผู้ปกครองมีผลโดยตรงต่อ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กเองด้วย หากผู้ปกครองที่มีนิสัยสนใจดูแลการแปรงฟัน ของลูก 2 ครั้ง/วัน และควบคุมการทาน ขนมหวาน ของลูก สามารถทำนายได้ว่า เด็กก็จะมีนิสัยดังกล่าว เช่นกัน

9. มิติทางวัฒนธรรมกับการดูแลอนามัยช่องปากในเด็กปฐมวัย

ความแตกต่างของเชื้อชาติ อาจมีส่วนบ่งบอก ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ และความสามารถ ในการดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กจากครอบครัว คนผิวดำที่มีรายได้เฉลี่ยต่อครอบครัวต่ำ พ่อแม่มี ระดับการศึกษาต่ำ พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิด ฟันผุมากกว่าเด็กจากครอบครัวชนผิวขาว เชื่อว่า ผลของเชื้อชาติต่อความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ น่าจะ เนื่องมาจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม และ สถานภาพทางสังคมเป็นหลัก

การศึกษาในประเทศไทยด้านมิติทาง วัฒนธรรมมีประเด็นน่าสนใจดังต่อไปนี้

การให้ความหมายของฟันน้ำนม

แนวคิดของชาวบ้านเกี่ยวกับการให้ความ หมายของฟันน้ำนมนั้น พบว่า ส่วนใหญ่คิดว่าฟัน น้ำนมไม่สำคัญ เพราะฟันน้ำนมอยู่ในช่องปาก ไม่นาน จะต้องหลุดไปตามวัย เมื่อเด็กโตขึ้นจะมี ฟันแท้มาแทนที่ จึงไม่จำเป็นต้องดูแลรักษา อย่างไร ก็ตามมีบางครอบครัวให้ความสำคัญกับฟันน้ำนม เห็นว่าฟันน้ำนมมีหน้าที่เคี้ยวอาหารในวัยเด็ก หากเด็กฟันแข็งแรงจะสามารถเคี้ยวอาหารได้ และ หากเด็กมีฟันน้ำนมที่ขาวสะอาดจะเป็นเด็กน่ารัก

ชาวบ้านเชื่อว่าฟันน้ำนมที่ดีจะต้องมีสีขาว ชี่เล็ก ปลายฟันตัดเรียบ เรียงชิดติดกัน และไม่มี อาการปวด⁽³²⁾ หากฟันน้ำนมมีลักษณะเป็นสีดำ เป็นรูหรือโพรงที่กลางฟันอย่างเห็นได้ชัด และ มีอาการปวดร่วมด้วยชาวบ้านจะเรียกฟันลักษณะนี้

ว่า “ฟันเป็นแมง”⁽³³⁾ ซึ่งเป็นปัญหาเรื่องฟันที่สำคัญ ในเด็กตามวิถีคิดของชาวบ้าน ชาวบ้านเชื่อว่าแมง กินฟันเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ เด็กทุกคนมีโอกาส ที่จะเกิดโรคได้โดยเชื่อว่าฟันหลังที่ผุมีสาเหตุมาจาก แมงกินฟัน ส่วนการเกิดฟันผุในบริเวณฟันหน้า น้ำมนั้น ชาวบ้านอา่่าส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าเกิด จากกรรมพันธุ์⁽³⁴⁾

ชาวบ้านเชื่อว่า ลูกอม ขนมหวาน ของหวาน ทำให้ฟันผุ แต่ขนมปัง ขนมถั่วหรือขนมขบเคี้ยว ไม่ทำให้ฟันผุ⁽³²⁻³⁴⁾ ผนวกกับความเชื่อที่ว่า การกิน ขนมของเด็กเป็นเรื่องธรรมดาเป็นธรรมชาติของเด็ก ห้ามไม่ได้ ชาวบ้านจึงมองปัญหาและอาการจาก โรคฟันผุในเด็กเป็นเรื่องปกติธรรมดา เพราะ ชาวบ้านให้ความหมายต่ออาการเจ็บป่วยในแง่ความ สามารถหรือไม่สามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำ วัน มากกว่าจะพิจารณาผลที่จะตามมาในอนาคต ดังนั้นการเกิดโรคฟันผุในระยะที่ยังไม่มีอาการ เจ็บปวดในเด็ก จึงถูกรับรู้ว่าเป็นความปกติธรรมดา เพราะเด็กยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรได้ตามปกติ ชาวบ้านจะรู้สึกว่โรคฟันผุในเด็กเป็นปัญหาก็ต่อ เมื่อโรคฟันผุส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย เด็กหรือกระทบต่อการดำเนินชีวิต เช่น มีอาการปวด มาก บวม รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ ร้องไห้แง หรือกระทบต่อการเข้าสังคม⁽³⁴⁾

ความคิดความเชื่อ และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากให้กับเด็กปฐมวัย

ทัศนะของผู้ใหญ่ที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กมีหลายประการ เช่นความคิด ที่ว่าโรคฟันผุในเด็กเล็กเป็นเรื่องปกติ และขนมกับ เด็กเป็นของคู่กัน การห้ามเด็กกินขนมเป็นเรื่องยาก รวมทั้งคิดว่าตนเองไม่มีศักยภาพในการแก้ไขปัญหา ฟันผุในเด็กเล็กที่เกิดขึ้นจึงปล่อยให้เด็กบริโภคขนม อย่างเสรี และให้ความสำคัญต่อการป้องกันและ รักษาโรคฟันผุค่อนข้างน้อย⁽³⁵⁾ การเลี้ยงดูเด็กอย่าง

ตามใจ ให้อิสระเด็กในการบริโภคขนมอย่างไม่จำกัดเวลาความถี่และปริมาณ⁽³⁶⁾ การคิดว่าเด็กดูแลตนเองได้ จึงไม่ใส่ใจดูแลและปล่อยให้การแปรงฟันเป็นไปตามความพร้อมของเด็ก เด็กจึงได้แปรงฟันเมื่อสามารถจับแปรงและแปรงฟันเองได้แล้ว เมื่ออายุประมาณ 2-3 ปี⁽³³⁻³⁵⁾ ผู้ปกครองส่วนหนึ่งยังเห็นว่า การแปรงฟันให้เด็กเป็นเรื่องยุ่งยาก เด็กมักจะร้องไห้งอแง หรือวิ่งหนี^(33,36) จึงให้เริ่มแปรงเมื่อเด็กเริ่มเข้าศูนย์เด็กเล็ก อายุประมาณ 2-3 ปี โดยผู้ปกครองเชื่อว่าครูสอนแปรงฟันได้ดีกว่า เนื่องจากเด็กจะกลัวครูมากกว่า^(33,38)

ผู้ปกครองที่มีการดูแลด้านความสะอาดดีมีแนวโน้มที่จะมีการดูแลอนามัยช่องปากดี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความมีวินัยในการดูแลตนเองของผู้ปกครองจะส่งผลต่อการดูแลเด็กด้วย⁽³⁸⁻³⁹⁾

สรุป

การแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ได้รับการพิสูจน์ว่าส่งผลในการลดฟันผุในเด็กปฐมวัย การแปรงฟันช่วยป้องกันการก่อตัวของเชื้อช่วยหยุดและชะลอการเกิดฟันผุในระยะเริ่มแรกการแปรงฟันบ่อยๆ และการที่พ่อแม่มีส่วนช่วยในการแปรงฟัน จะสามารถลดการเกิดฟันผุในบริเวณผิวเรียบของฟันได้ดีและการแปรงฟันตั้งแต่อายุน้อยจะสัมพันธ์กับการไม่เป็นโรคฟันผุอย่างมีนัยสำคัญ

ตัวแปรที่ทำให้เด็กได้รับการแปรงฟันหรือไม่ มีหลายประการ เช่นทัศนคติของผู้ปกครอง การศึกษาความเชื่อ การให้ความหมายและคุณค่าต่อฟันน้ำนม รวมถึงพฤติกรรมส่วนบุคคลของผู้ปกครอง

เอกสารอ้างอิง

1. Moss S. J.. The relationship between diet ,saliva and baby bottle tooth decay. Int Dent J 1996;46(1) : 399-402.
2. Paunio P., Rautava P., Sillanpaa M., Kaleva O. Dental health habits of 3-year old Finnish children. Community Dent Oral Epidemiol.1993.Feb; 21(1):4-7.
3. Streckson-Blicks C., Holm AK. Between-meal eating, tooth-brushing frequency and dental caries in 4-year-old children in the north of Sweden. Int J Pediatric Dent. 1995.Jun; 5(2):k67-72.
4. Tsubouchi J, Tsubouchi M, Maynard RJ, Domoto PK., Weinstein P. A study of dental caries and risk factors among Native American infants. ASDC J Dent Child.1995.Jul-Aug; 62(4):283-7.
5. Douglass JM., Tinanoff N., Tang JM., Altman DS. Dental caries patterns and oral health behavior in Arizona infants and toddler. Community Dent Oral Epidemiol.2001.Feb; 29:14-22.
6. Wendt LK, Hollonsten AL, Koch G and Birkhed D. Oral heath in relation to caries development in migrant status in infants and toddlers. Scand J Dent Res. Oct;102(5) 269-73.
7. Febres C., Echeverri EA., Keene HJ. Parental awareness, habits and social factor and their relationship to baby bottle tooth decay. Padiatr Dent.1997.Jan-Feb; 19(1):22-7.
8. Silver DH. A longtitudinal study of infant feeding practice, diet and caries related to social class in children aged 3 and 8-10 years. Br Dent J 163:296-300
9. Chan SC, Tsai JS and King NM. Feeding and oral hygiene habits of preschool children in Hong Kong. Int J Paediatr Dent 2002 Sep;12(5) 322-31.
10. Habibian M., beighton D., Stevenson R., Lawson M. Relationship between dietary behaviors oral

- hygiene and mutan streptococci in dental plaque of a group of infants in southern England. Arch Oral Biol. 2002. Jan; 47(6):491-8.
11. Al-Dashti AA., William SA., Curzon ME. Breastfeeding, bottle feeding and dental caries in Kuwait; a country with low-fluoride levels in the water supply. Community Dental Health. 1995. Mar; 12(1):42-7. [13-14]
 12. William SA., Hargreaves JA. An inquiry into the effect of health related behavior on dental health among young Asian children. Community Dental Health. 1990. Dec; 7(4):413-20.
 13. Serwint JR., Mungo R., Negrete VF. Child-rearing practices and nursing caries. Pediatrics. 1993. Aug; 92(2):233-7.
 14. Alaluusua S, Mamivirta R. Early plaque accumulation a sign for caries in young children. Community Dent Oral Epidemiol. 1994; 22:273-6.
 15. ชุตติมา ไตรรัตน์วรกุล และคณะ การศึกษาประสิทธิภาพของการกำจัดคราบจุลินทรีย์และผลการเกิดแผลที่เหงือกของแปรงสีฟันเด็ก 14 ชนิด ว. ทันต. 2536, 43(5):161-66
 16. Gertenrich RL., Lewin MJ. A study of automatic and hand tooth brushing as used on retarded of handicapped patients. ASDC J Dent Child 1967 May; 34(3):145-67.
 17. Sathananthan K., Vos T., Bango G. Dental caries, fluoride level and oral hygiene practices of school children in Matebeleland South Zimbabwe. Community Dent Oral Epidemiol. 1996 Feb; 24(1):21-4.
 18. Sangnes G, Zachrisson B, Gjermo P. Effectiveness of vertical and horizontal brushing techniques in plaque removal. ASDC J Dent Child. 1972 Mar-April; 39(2):94-7.
 19. Levy SM., Warren JJ., Broffitt B. Dental visits and professional fluoride applications for children ages 3 to 6 in Iowa. Pediatr Dent 2003 Nov-Dec; 25(6):565-71.
 20. ธนนันท์ เพ็ชรวิจิตร ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 18-36 เดือน : เปรียบเทียบในชุมชนพุทธและชุมชนมุสลิม อ.ท่าศาลา จ.นครศรีธรรมราช วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร มหาบัณฑิต(ทันตกรรมสำหรับเด็ก) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2547
 21. Habibian M, Roberts G, Lawson M, Stevenson R, and Harris S. Dietary habits and dental health over the first 18 months of life. Community Dent Oral Epidemiol 2001 Aug; 29(4):239-46.
 22. Pine CM., Curnow MM., Burnside G., Nicholson JA. An intervention program to establish Regular tooth brushing; understanding parent's belief and motivating children. Int Dent J 2000; suppl creating a successful: 312-23.
 23. Curnow MM., Pine CM, Burnside G., Nicholson JA. A randomized controlled trial of the efficacy of supervised tooth brushing in high-caries-risk children. Caries Res. 2002 Jul-Aug ; 36(4):294-306.
 24. Lo EC., Schwarz E. Determinants for dental visit behavior among Hong Kong Chinese in a longitudinal study . J Public Health Dent 1998 Summer; 58(3):220-7.
 25. Adair SM, Piscetelli WP. Comparison of the use of a child and adult dentifrice by a sample of preschool children. Pediatr Dent. 1997 Mar-Apr; 19(2):99-103
 26. Franzman MR., Levy SM., Warren JJ., Broffitt B. Tooth brushing and dentifrice use among

- children ages 6 to 60 months. *Pediatr Dent*. 2004 Jan-Feb; 26(1):87-92.
27. วรานุช จิตประไพ วิกุล วิสาลเสสท์ สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา พวงทอง ผู้กฤตยาคามี วีรวรรณ แดงแก้ว พรพรรณ สุนทรธรรม การศึกษาพฤติกรรมผู้บริโภคในการใช้ยาสีฟันและการแปรงฟันในเด็ก บทคัดย่อการประชุมวิชาการงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประจำปี 2545 กองวิชาการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หน้า 78-79
 28. วิกุล วิสาลเสสท์ นนทินี ตั้งเจริญดี, สุรางค์ เชษฐพจนท์, สุวิภา อนันต์ธนสวัสดิ์. การกลืนยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในเด็กก่อนวัยเรียน ว ทันต.2546 พ.ค.- มิ.ย.; 53(3):161-66
 29. Bruun C and Thylstrup A. Dentifrice usage among Danish children. *J Dent Res*.67:1114-1117
 30. Bentley EM., Ellwood RP., Davies RM. Factors influencing the amount of fluoride toothpaste applied by the mothers of young children. *Br Dent J*.1997 Dec13-27; 183(11-12):412-4.
 31. Adair PM., Harris R., Nicoll AD., Pine CM. Familial and cultural perceptions and belief of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups. *Community Health Dent* 2004 Mar;21 (Suppl):102-11.
 32. ปิยะฉัตร พัทธานันต์ .ความคิดความเชื่อ และการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากของชาวบ้าน:กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
 33. วิภาพร ล้อมศิริอุดม ความเข้าใจและการปฏิบัติแบบชาวบ้านเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย กรณีศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่งในอำเภอนิคมน้ำอ้อย จังหวัดมุกดาหาร วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (ทันตกรรมสำหรับเด็ก) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2545
 34. ดวงเดือน วีระฤทธิ์พันธ์. พฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนในบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชาวเขาหมู่บ้านอีโก้งปากกล้วย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(ทันตกรรมสำหรับเด็ก) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2545
 35. สุกลักษณ์ ตัดติวัฒนากุล กระบวนการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในศูนย์พัฒนาเด็ก เล็กบ้านไร่อ้อย อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (ทันตกรรมป้องกัน) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2547
 36. คณินันต์ ปิตอปัญญพัฒน์ บริบททางสังคมวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน ของชนเผ่าอาข่า บ้านห้วยศาลา อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงใหม่ รายงานการค้นคว้าอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2547
 37. ทศนีย์ มหาวรรณ . พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครอง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (ส่งเสริมสุขภาพ) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2542
 38. หฤทัย สุขเจริญโกศล.ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับปัจเจกของผู้ปกครอง ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็ก 0-5ปี ตำบลอนกลาง กิ่งอำเภอมะนัง จังหวัดเชียงใหม่ วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (ทันตกรรมป้องกัน) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2545
 39. ฉลองชัย สกลวสันต์. บริบทการดำเนินชีวิตของครอบครัวที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัย วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (ทันตกรรมป้องกัน) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2547